

避難行動要支援者名簿登録（兼個別避難計画作成）申請書

記入例

（あて先）八戸市長

私は、避難行動要支援者事業の趣旨を理解し、名簿登録及び個別避難計画の作成を申請します。  
 また、私に関する下記の情報が、市の関係部署や消防機関、警察署、民生委員児童委員、市社会福祉協議会、市と避難行動要支援者（以下、「要支援者」）の支援に関する協定を締結した自主防災組織・町内会・自治会・福祉関係事業者、その他の避難支援等関係者に提供されることに同意します。

記入日 5 年 2 月 3 日

- ・本人（要支援者）が署名できる場合は、本人が署名してください。
- ・本人が署名できない場合は、代理人が代理署名した上で、代理人欄を記入してください。

フリガナ 要支援者氏名	ハチノヘ ハナコ 八戸 花子	性別 男 女	生年月日 大平 20年10月23日 年齢 77歳	同居者数 (本人含む) 1人
住所	八戸市 内丸一丁目1-1			
地区名	三八城	町内名	第一内丸	民生委員氏名 福祉 春子
電話	(43) XXXX	FAX	(47) XXXX	携帯電話 090 - XXXX - XXXX

代理人	氏名	福祉 春子	要支援者との関係	民生委員
	住所	内丸一丁目XX-XX		

1. 登録区分情報

登録区分	1 要介護度3以上の在宅生活者 ( 要介護度 3 ・ 4 ・ 5 )
	2 身体障がい者 (1~3級)
	3 知的障がい者 (区分A)
	4 難病患者・小児慢性患者等
	5 その他援助を必要とする方 ( )

2. 緊急時の連絡先等

連絡先1	氏名	八戸 太郎	住所	八戸市 内丸一丁目XX-XX	要支援者との関係	長男
	電話	(43) XXXX	FAX	(43) XXXX	携帯電話	080 - XXXX - XXXX
連絡先2	氏名	八戸 夏子	住所	〇〇県〇町〇〇XX-XX	要支援者との関係	二女
	電話	( )	FAX	( )	携帯電話	080 - XXXX - XXXX
かかりつけ医1	医療機関名	〇〇クリニック			電話番号	25-XXXX
	主な疾患	ヘルニア・腰痛				
かかりつけ医2	医療機関名	〇〇病院			電話番号	72-XXXX
	主な疾患	虫垂炎・胆のう				
居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所〇〇 ( 担当ケアマネジャー 〇〇 〇〇 )					
相談支援事業所	相談支援センター 〇〇 ( 担当相談員 〇〇 〇〇 )					
高齢者支援センター	高齢者支援センター〇〇					

3. 避難支援等実施者（隣近所で日常生活の見守りや災害時の避難を支援してくれる人）

1	氏名	住所			要支援者との関係
	八戸 太郎	八戸市 内丸一丁目XX-XX			長男
電話		( 43 ) XXXX	FAX	( 43 ) XXXX	携帯電話 080 - XXXX - XXXX
2	氏名	住所			要支援者との関係
	八戸 秋子	八戸市 内丸一丁目XX-XX			隣人
電話		( 43 ) XXXX	FAX	( )	携帯電話 - -

※ 必ず、避難を支援してくれる方に了解をいただいた上で記入してください。

4. 居住の状況

建物	種 別	<input checked="" type="radio"/> 戸建て	長屋	共同住宅	その他 ( )
	階 数	平屋	<input checked="" type="radio"/> 2階建	___階建	普段いる場所 1 階 就寝場所 1 階
	住宅用火災警報器の設置	<input checked="" type="radio"/> 有	無	消火器の設置	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>

5. 避難時に配慮が必要な事項等

危険区域 該当 /避難場所 (該当する場合☑)	土砂災害 避難場所	<input checked="" type="checkbox"/>	〇〇公民館	津 波 避難場所	<input type="checkbox"/>	洪水 避難場所	<input checked="" type="checkbox"/>	〇〇公民館
	危険区域 非該当 /避難場所			福祉避難所の利用	<input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 必要			
配慮が必要な事項	身体状況	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない		<input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい）				
	移動時	<input checked="" type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい）		<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい				
		<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない		<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない				
		<input checked="" type="checkbox"/> その他（ゆっくりとしか動けない）						
医薬品	<input checked="" type="checkbox"/> 杖が必要		<input type="checkbox"/> 車椅子が必要		<input type="checkbox"/> 担架・ストレッチャーが必要			
	<input type="checkbox"/> 乗用車等での搬送が必要		<input type="checkbox"/> その他（					
	<input type="checkbox"/> 血圧の内服薬		<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病の内服薬					
補装具等	<input type="checkbox"/> 喘息の薬		<input type="checkbox"/> 眠剤、精神安定剤					
	<input type="checkbox"/> 点眼薬		<input checked="" type="checkbox"/> その他（		痛み止め 軟便剤			
	<input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡		<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器		<input type="checkbox"/> 歩行補助杖		<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具	
<input type="checkbox"/> 入れ歯		<input type="checkbox"/> おむつ		<input type="checkbox"/> その他（				

※ 避難経路をイメージする際、参考にしてください

申請・作成 支援者	氏名		要支援者との関係	
	住所			